



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/113.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Lactancia materna: un don natural**
Autores *María del Carmen Sánchez García, Beatriz Lozano López, Raúl Reyes del Ojo, Fabiola Gil Hernández, Rubén García Pérez, Ana Ortega Martínez*
Centro/institución Distrito Metropolitano Granada
Ciudad/país Granada, España
Dirección e-mail csgdue@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Hasta hace unas décadas, la lactancia materna era el alimento indiscutible del recién nacido, práctica que se ha ido perdiendo con la llegada de la lactancia artificial. El objetivo del trabajo es conocer los beneficios de la lactancia materna, conocer las causas de abandono, describir el papel del personal sanitario sobre el tema e identificar si la legislación española protege a la madre que amamanta.

Método: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de cuiden, biblioteca Cochrane, Pubmed y Scielo utilizando como descriptores lactancia, amamantamiento y maternidad. Se limitó la búsqueda a los artículos publicados en los últimos veinticuatro años relacionados con el tema en concreto.

Resultados: La lactancia materna se debe comenzar lo más pronto posible, de forma exclusiva hasta los 6 meses y acompañarla con alimentación complementaria hasta los 2 años o más. Los profesionales sanitarios teóricamente cuentan con herramientas para promover la lactancia materna, pero deben poner más hincapié a la hora de la práctica clínica. La OMS y UNICEF han iniciado un proyecto que pretende crear un ámbito de salud favorable a la lactancia materna: Hospital Amigo del Niño. La legislación española establece sólo 16 semanas con remuneración laboral, siendo insuficiente para mantener la lactancia materna exclusiva.

Discusión: Varios estudios demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para el recién nacido como para la madre, y, aun así el amamantamiento no suele llegar a los 6 meses. El abandono se relaciona con diferentes factores sociosanitarios y socioculturales, así como la inexistencia de un protocolo de la lactancia para el equipo de salud.

Conclusiones: La lactancia materna proporciona el mejor alimento al bebé y beneficios en la madre. Las madres trabajadoras, con estudios universitarios y que dieron a luz en centros privados y no recibieron información adecuada no amamantaron a sus bebés. En España la legislación actual es insuficiente para cubrir las necesidades reales de lactancia materna. Es esencial el papel del equipo sanitario en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva/ Lactancia natural/N Amamantamiento Maternidad.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Hasta hace unas décadas la lactancia materna (LM) era el alimento indiscutible para la supervivencia del bebé y con él de la especie humana. Los avatares que la misma sufrió, especialmente a mediados del pasado siglo XX, con la llegada indiscriminada de la lactancia artificial (llegando a desbancarla a muchos entornos), supuso la súbita interrupción del hábito alimentario existente hasta ese momento. Las mujeres no daban el pecho y, por lo tanto, los niños dejaron de ver el amamantamiento en su entorno social y familiar, perdiéndose este hecho cultural. Los sanitarios permitieron, desde su ignorancia que el biberón desplazara al amamantamiento cediendo a la presión de la industria farmacéutica que mostró a la leche artificial y, como un elemento de modernidad. El amamantamiento era cosa de mujeres y sociedades poco modernas y poco innovadoras.

El abandono de la LM hace que el profesional vaya perdiendo capacidad para manejar las situaciones asociadas al amamantamiento.

Además se encuentra con un recurso “fácil”, el biberón ante la mínima duda. ¿Gana poco peso?, biberón. ¿Está icterico?, biberón. ¿Le duele el pecho a la madre?, abandónelo y dele biberón. De este modo poco a poco los sanitarios van perdiendo destrezas sobre la lactancia materna a favor de la implantación del biberón (1-2-3).

Sin embargo, la Organización Mundial de la salud (OMS), teniendo en cuenta la evidencia científica existente, recomienda que como mínimo la lactancia materna exclusiva (LME) abarque los primeros seis meses de vida (4). En cuanto, a los beneficios de la LM, para el niño y la madre hay pruebas extensas de los beneficios de salud a corto y largo plazo. Los beneficios tempranos incluyen disminución de la mortalidad infantil debida a infecciones digestivas, respiratorias, urinarias y del oído medio, así como menos enfermedades atópicas.

La LM, a parte de los beneficios para los lactantes, tiene efectos sobre la salud materna. Diversos estudios han mostrado una incidencia menor del cáncer de mama, cáncer de ovario y fracturas de cadera en las mujeres que han amamantado (5-6-7). Sin embargo, las mujeres que actualmente son madre en España, son mujeres nacidas en su mayoría en la década de los 70, que coincide con las cifras más bajas de lactancia materna en España, con lo cual las mujeres que actualmente dan a luz no han sido amamantadas por sus madres de modo exclusivo y durante su vida no han visto amamantar a bebés. Esto hace que ellas mismas se encuentren muy alejadas del fenómeno de la lactancia al igual que la sociedad que las rodea. Con lo cual es muy frecuente que no puedan ayudarlas ni aconsejarlas porque a ellas se les cuestionó, su capacidad para amamantar de modo exclusivo a sus hijos.

Hay muchos factores que pueden influir en el cese temprano de la lactancia materna. Entre los factores favorecedores para el establecimiento de la lactancia materna encontramos el apoyo familiar, parto eutócico, multiparidad, educación maternal, vivencia favorable del embarazo, etc., y como factores desfavorables el trabajo materno, cesárea, enfermedad materna o neonatal, prematuridad, etc. (8-9)

En los países desarrollados, las madres jóvenes, aquéllas de grupos con bajos ingresos económicos y/o las que abandonaron la educación a tiempo completo a una edad precoz, tiene menos probabilidades de comenzar la lactancia materna o de continuarla durante un período de tiempo suficiente como para obtener beneficios de salud. Otro hecho a tener en cuenta es que las madres de los neonatos que establecen contacto piel con piel en el posparto inmediato presentan mayores probabilidades de lactar (10).

Para Esteve González (2002), la edad materna, la paridad, el número de visitas prenatales, la presencia de alteraciones en el curso normal del embarazo, el número de hijos, el tipo de parto, así como el apgar del recién nacido al minuto, no tienen una asociación significativa con la duración de la LME. La permanencia de la LM se asocia a una técnica de succión apropiada y la ausencia de problemas del pezón (11).

La sociedad del siglo XXI, es muy diferente de la de nuestras abuelas y bisabuelas. La mujer se ha incorporado masivamente al mundo laboral, las políticas de conciliación trabajo-vida familiar son insuficientes, la competitividad en los trabajos infinita, pero sin duda alguna hay algo que no ha cambiado, todas las mujeres quieren lo mejor para sus hijos, y ésta es la premisa básica desde la que ellas van a elegir el tipo de alimentación que desean para sus bebés. Y ahí debe estar la sociedad en su totalidad con los sanitarios en cabeza apoyando, promoviendo y acompañando a las mujeres para que además de optar libremente por el amamantamiento, éste sea lo más placentero y eficaz posible.

El objetivo del trabajo es conocer los beneficios de la lactancia materna y sus cualidades nutricionales e inmunológicas en el desarrollo de los niños en su primera etapa de vida (0 a 6 meses), estudiar la influencia de factores sociosanitarios y culturales, identificar si la legislación española protege a la madre que amamanta y describir el papel de los profesionales sanitarios en la lactancia materna.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de cuiden, biblioteca Cochrane, Pubmed y Scielo utilizando como descriptores lactancia, amamantamiento y maternidad. Se limitó la búsqueda a los artículos publicados en los últimos veinticuatro años, de 102 artículos encontrados, sólo se tuvieron en cuenta 62, descartando aquellos que no estaban directamente relacionados con el objetivo del trabajo.

Resultados

Concepto de Lactancia Materna

La LM es un acto fisiológico, instintivo, heredado de los mamíferos y específica de cada especie (12). Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre. (13)

De acuerdo con la OMS, la LME, es el tipo de alimentación en la cual se ofrece exclusivamente pecho materno para alimentar a los/as niños/as sin agregar ningún otro tipo de alimento. Al nacer, la LME es una práctica mayoritaria en el mundo, común en países en desarrollo y de bajos ingresos; sin embargo, los porcentajes de amamantados/as en la primera hora, lactados en forma exclusiva al sexto mes y la duración máxima de la lactancia materna, son menores que lo recomendado (14)

La Lactancia óptima es una de las formas más selectivas de asegurar la supervivencia infantil en los países en desarrollo. La OMS y UNICEF han establecido tres directrices para la lactancia óptima:

1. Comenzar a amamantar a el/la recién nacido/a lo más pronto posible.
2. Amamantar de forma exclusiva (sin dar ningún otro alimento o líquido)

A partir de los 6 meses de edad, amamantar con alimentación complementaria (dando alimentos apropiados para la edad además de la leche materna) hasta los dos años de edad o más.

Beneficios de la lactancia materna

La leche es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades de el/la recién nacido/da, su composición va a depender de la edad gestacional, del momento de la mamada y de la fase de lactancia, es así como el calostro tiene cualidades especiales que lo hacen importante para el/la lactante dado su efecto en el desarrollo, la digestión e inmunidad, y por su parte la leche materna ha demostrado seguir siendo una fuente de energía y nutrientes de gran calidad, incluso después de los dos años, siendo capaz de proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un/a niño/a durante el segundo año de vida (15). La leche materna ha contribuido a garantizar la supervivencia de los seres humanos, en este contexto numerosos estudios afirman que no sólo contiene los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as en los primeros meses de vida, sino que también es un alimento estéril con variados compuestos inmunoquímicos que les ofrecen protección, ya que contienen células encargadas de eliminar agentes antimicrobianos sin necesidad de recurrir al uso de antibióticos, además factores antiinflamatorios y factores específicos, antibacterianos, antivíricos y anti protozoarios y conjuntamente posee inmunoglobulina IgA secretora que por su naturaleza interactiva es capaz de inhibir la adherencia de bacterias. Éste es un beneficio fundamental para los/as niños/as, ya que su sistema inmunitario durante los primeros meses de vida no está completamente desarrollado, así la leche materna potencia su inmunidad generando efectos positivos para su salud que se prolongan incluso años después del destete (16-17). Considerando estas propiedades existen diversos trabajos que han demostrado que los/as niños/as alimentados con LME presentan menor incidencia de otitis media aguda, infecciones respiratorias y gastrointestinales cuando se comparan con niños/as alimentados de otra forma (18).

Respecto a los beneficios que otorga la lactancia materna a los/as niños/as, la nutrición óptima es uno de ellos, ya que la LM además de aportarles toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas les entrega proteínas, energía y micronutrientes de alta calidad, que los/as recién nacidos/as son capaces de absorber con facilidad y utilizar eficazmente permitiéndoles un adecuado crecimiento y desarrollo durante los primeros cuatro a cinco meses de vida; es así como las investigaciones demuestran que los niños/as alimentados con leche materna logran al año de vida un óptimo estado nutricional.

Finalmente la lactancia también permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y social, como los/as niños/as lactados/as al pecho enferma con menos frecuencia durante los primeros meses de vida, se disminuye el absentismo laboral de los padres, se consumen menos recursos sanitarios (hospitalización, medicamentos, y atención profesional) y la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el costo de productos sustitutos de la leche materna es elevado (19). Otro aspecto importante dentro de los beneficios de la LM es que constituye además un mecanismo importante del “vínculo” emocional madre-hijo/a.

Así también las caricias o contacto piel con piel constituyen un mecanismo liberador de endorfinas, constituyendo su potente estímulo para la prolongación de ésta. Por otro lado, las madres que amamantan tiene un menor riesgo de desarrollar depresión y neurosis (20-21), presentan menor tiempo de hemorragia postparto, efecto anticonceptivo fisiológico, menor tiempo de recuperación del peso preconcepcional,

remineralización ósea más rápida y eficaz después del parto con la consecuente disminución de la frecuencia de fracturas de cadera en la edad postmenopáusicas, y menor riesgo de cáncer de mama y ovario en la mujer premenopáusicas.

El sangrado posparto es controlado por acción de la hormona oxitocina, la cual además de estar destinada a la eyección de la leche, contrae la fibra miometrial ocluyendo los vasos sangrantes del lecho placentario. El estímulo de succión ejercido por el/la recién nacido/a inmediatamente después del parto aumenta la producción y la consecuente liberación de esta hormona, contribuyendo a un menor tiempo de sangrado además de favorecer la involución del útero a su tamaño original.

Con respecto a los niños, se han publicado evidencias de beneficios ante enfermedades comunes, pero también en enfermedades raras y no solo durante la infancia, sino que, sus efectos se extienden hasta la niñez y las edades más tardías.

Una reciente revisión sistemática, ha mostrado efectos protectores contra *Helicobacter pylori* y frente a la enfermedad celíaca. En el mismo sentido, también se ha mostrado un efecto pequeño pero consistente en la prevención de la obesidad infantil y en niveles más altos de la función cognitiva en los niños entre 6 y 23 meses de edad. Otras investigaciones han apuntado menores tasas de incidencia de dermatitis atópica en la infancia y de asma, además, la LM puede considerarse como un factor protector frente a la diabetes mellitus tipo I y frente al riesgo de procesos neoplásicos.

Los profesionales sanitarios ante la lactancia materna

Las matronas, el personal de enfermería y los pediatras cuentan con los recursos necesarios para favorecer la LM; estos son: los programas que se desarrollan en torno a la atención del embarazo, preparación al parto, educación para el nacimiento y primeras etapas de la infancia, atención al puerperio y salud en la infancia, entre otros. Además, cuentan teóricamente, con los recursos humanos, la formación y el apoyo de las instituciones para promocionar la alimentación en el seno materno durante al menos los dos primeros años de vida, sino más (22).

La formación de los profesionales

Investigaciones centradas en la formación de pregrado de medicina, de formación de residentes en pediatría y libros médicos de consulta en atención pediátrica muestran que son insuficiente en extensión, dedicación o importancia, y lo que es peor constatan errores sobre lactancia materna que perpetúan la mala práctica del consejo médico o de su intervención (23).

Publicaciones que han valorado el peso relativo de las ponencias, comunicaciones o posters presentados en Reuniones o Congresos de pediatría dedicados a la lactancia materna dicen el escaso número y poca relevancia de esta.

Políticas respecto a la lactancia materna

La estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Foro de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para la alimentación del Lactante y el Niño Pequeño, en 2002 hizo una llamada urgente para renovar el apoyo a la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la continuación del amamantamiento desde entonces hasta los dos años. Complementando con alimentos apropiados. Esta estrategia destaca la importancia de la “Declaración de Inocenti” y añade otros dos puntos de máximo interés para apoyar las buenas prácticas sobre

alimentación complementaria, la nutrición materna y la acción comunitaria. Además la puesta en marcha de esta estrategia anima a todos los países a revitalizar la “Iniciativa Amigo de los Niños” (IHAN), entre otros programas de acción.

De acuerdo con la Estrategia Global, el comité OMS/UNICEF revisó en 2006 la Iniciativa Amigo de los Niños y lanzó una versión actualizada de los distintos materiales. La experiencia de estos veinte años, ha demostrado que tan necesario como el apoyo en los primeros días de vida del niño, es el apoyo continuado a la madre que amamanta en exclusiva durante los primeros seis meses, y más allá durante la introducción de la alimentación complementaria. Por ello, esta versión renovada de la iniciativa, contempla su extensión más allá de las Maternidades hacia el cuidado prenatal, las consultas y las salas de hospitalización pediátricas, los Centros de Salud y otros sectores de la Comunidad (Universidades, puestos de trabajo, sector comercial, agrícola y educativo) (24).

Antecedentes de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es un proyecto a nivel mundial de la OMS y de Unicef que pretende crear un ámbito de salud favorable a la lactancia materna para conseguir el mejor comienzo posible de la vida. Tiene dos objetivos principales:

1. Transformar los hospitales y las maternidades mediante la implementación de los Diez Pasos.
2. Implantar el cumplimiento del Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en hospitales y maternidades.

La iniciativa surgió, como resultado de la experiencia vivida en el Hospital Universitario de San Diego, California, tras reconocer que no se prestaba suficiente atención a la lactancia materna. Los cambios que provocó en ese centro la modificación de los protocolos de asistencia a los recién nacidos normales y a sus madres fueron tan llamativos que atrajeron la atención de los dirigentes de OMS/UNICEF (25-26)

Los responsables del centro ofrecían, la mejor atención a los recién nacidos y sus madres. Ingresaban a todos los recién nacidos en “El Nido”, donde enfermeras expertas los vigilaban, controlaban y daban leche artificial cada 3 horas. Al no tener que estar pendientes de sus hijos, las madres podían descansar más. En horas preestablecidas, los niños eran llevados a la habitación de sus madres para que pasaran algunos ratos con ellas. Antes del alta, la madre recibía explicaciones de cómo cuidar a su hijo con especial atención a la forma de alimentarlo y como debían cambiarle el pañal. A raíz de un taller sobre lactancia en el que participaron de forma casual, los pediatras del equipo que dirigía Audrey Naylor descubrieron lo poco que sabían sobre lactancia y reconocieron que ni siquiera habían sido conscientes de su transcendencia. Al reevaluar su método de trabajo, fueron descubriendo las barreras que habían puesto a las madres lactantes y que llevaban al fracaso la mayoría de las lactancias. Comenzaron a introducir cambios. Eliminaron el Nido, dejando que las madres cuidaran de sus hijos, redujeron las tomas de leche artificial. El entusiasmo por los cambios conseguidos les llevó a crear un centro para estudiar y enseñar la forma de mejorar su atención a las madres y a los recién nacidos.

Conscientes de que era necesario transmitir a otros centros su experiencia, convocaron cursos e invitaron a profesionales a visitar su hospital.

Margaret Kyenkyia (2012), de la oficina de UNICEF en New York, asistió a una de estas jornadas de actualización en lactancia, comprendió el mensaje que le transmitieron en

San Diego y lo trasladó al Director Ejecutivo de Unicef en aquella época, Jim Grant, que acogió la idea con entusiasmo.

Aquellos años fueron decisivos para la lactancia. En 1981 se había aprobado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en 1986 la OMS adoptó una resolución adicional recomendando la prohibición de la donación o venta a bajo precio de los sucedáneos en los hospitales de los países miembros (27).

En este ambiente surge la conexión entre el hospital de San Diego con UNICEF/OMS. Los representantes de OMS y UNICEF pidieron al hospital de San Diego que hiciera una recopilación de todo lo aprendido en los años anteriores, sintetizándola en unas recomendaciones claras y concisas. De estas recomendaciones surgió en 1989 la declaración conjunta OMS/UNICEF:

“Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna”. Esta publicación resumía en Diez Pasos las actuaciones que debían llevar adelante las maternidades para conseguir el éxito de la lactancia, describiendo como implementar cada paso y porqué eran necesarios. OMS/UNICEF promovieron reuniones internacionales para animar a los gobiernos a apoyar la lactancia materna. Entre los grandes objetivos mundiales para la infancia se fijó “*Lograr que para el año 2000, todas las mujeres amamenten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el año*”. Pero las declaraciones y los resultados de las reuniones no llegaban a los profesionales y apenas se conseguían cambios en los hospitales y maternidades. Jim Grant ideó una nueva fórmula: premiar a los Hospitales que se animaran a introducir cambios en las rutinas de asistencia a los recién nacidos sanos. Él mismo propuso el nombre para el premio “BabyFriendly Hospital Award”. La traducción al español como Hospital Amigo de los Niños, levantó polémica tanto por la confrontación “Amigo/no Amigo”, como por la implicación de género “Niñas”.

En 1991, en Alaska, durante el Congreso de la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), se lanzó oficialmente la Iniciativa Hospital de los Niños (IHAN).

En 2002 la Junta Ejecutiva de UNICEF, reafirmó la relevancia y la urgencia de la implementación de los Diez Pasos y la aplicación total del Código Internacional. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño mantiene la recomendación de utilizar la IHAN para el establecimiento y apoyo a la LM y la presenta como la herramienta más útil para ayudar al cambio de los servicios de maternidad.

La iniciativa en España

En España, la iniciativa fue implantada con representación de las asociaciones profesionales y de las madres, con el objetivo de desarrollar el Programa Iniciativa Amigo de los Niños el ámbito del territorio Español.

El Comité IHAN España, se constituye como asociación no gubernamental sin ánimo de lucro. En ella caben todas aquellas asociaciones que tengan entre sus objetivos la promoción, el apoyo o la protección de la lactancia.

En 2002 la Junta Ejecutiva de UNICEF, reafirmó la relevancia y la urgencia de la implementación de los diez pasos y la aplicación total del Código Internacional. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño pequeño mantiene la recomendación de utilizar la IHAN para el establecimiento y apoyo a la lactancia materna y la presenta como la herramienta más útil para ayudar al cambio de los servicios de maternidad.

En el ámbito del Servicio Murciano de Salud se aplicó una experiencia exitosa con la implantación de los diez pasos de la IHAN en el Área V de Salud (actual Gerencia

Única del Altiplano) en el año 2000. Siguiendo la metodología de la mejora continua se realizó un análisis previo de la situación: autoevaluación de la organización con implicación de la dirección del centro sobre los 10 pasos y un estudio sobre la duración de la lactancia materna. Un análisis causal destacó la escasa formación y la falta de sensibilización por el problema. Se implementaron los correspondientes planes de acción e intervención. El proceso se monitorizó con el instrumento de autoevaluación del Comité Nacional de la IHAN y con pre-auditorías con evaluadores externos. En 2004 se obtuvo el galardón Hospital Amigo de los Niños por el Hospital Virgen del Castillo. Los sorprendentes resultados de esta primera fase, tras la implantación de la IHAN, con un incremento en la duración media de la lactancia materna de más de un 60% llevo a la Consejería de Sanidad a plantear estrategias regionales en relación con la lactancia materna.

Factores asociados a la adhesión prolongada y al abandono de la Lactancia Materna

El abandono de la LM durante años, ha dado lugar, a que dicho proceso de lactar, aun siendo “algo natural”, haya requerido un nuevo aprendizaje. Muchas madres se dan cuenta tras el parto de que no saben cómo han de dar el pecho, afrontando con ansiedad los problemas iniciales (28)

Los resultados más llamativos tienen que ver con la asociación de las intervenciones de promoción de la LM y la duración de ésta. Parece que, el conjunto de intervenciones que desarrolla el hospital, tiene que ver con el aumento de LM prolongada. Intervenciones, como por ejemplo, el establecimiento de posturas correctas para el amamantamiento eficaz, la eliminación de límites en cuanto a horario y duración de las tomas o la no introducción de otros líquidos, están relacionados con el aumento y duración de la LM (29).

En cuanto a los factores relacionados con la mujer, la prevalencia de LM en madres con trabajo remunerado sigue siendo inferior que en el caso de las madres que trabajan en el hogar (30).

Promoción de la lactancia

Los siete pasos para la promoción, la prevención y el apoyo a la lactancia materna en los Centros de Salud Amigos de la Madre y el Niño en las Comunidades Autónomas Españolas

Paso 1. Política de LM. El Centro de Salud tiene una política escrita sobre lactancia materna, adaptada a su realidad laboral y social y consensuada con profesionales y usuarios del Centro de Salud.

Paso 2. Formación del personal. El Centro de Salud se responsabiliza de formar a su personal con los conocimientos y herramientas necesarias para poner en práctica la política de lactancia.

Paso 3. Información para madres embarazadas. Las madres embarazadas y sus familias reciben información sobre los beneficios del amamantamiento y formación sobre los aspectos más relevantes de la lactancia que las capacite para un mejor manejo de la misma.

Paso 4. Apoyo a la madre que amamanta en el inicio y mantenimiento de la lactancia. Las madres que amamantan, son recibidas en el centro en los primeros 5 días tras el nacimiento, o en las 48 horas tras el alta, y reciben, a partir de entonces, el apoyo necesario y adecuado a sus necesidades y expectativas para el establecimiento y logro de la lactancia materna.

Paso 5. Apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna. Las madres usuarias del Centro de Salud, que amamantan, reciben el apoyo necesario y adecuado en base a sus necesidades y expectativas, y son animadas a mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y a continuar la lactancia hasta los 2 años tras introducir la alimentación complementaria adecuadamente a partir de los 6 meses.

Paso 6. Atmósfera receptiva y acogedora para la madre que amamanta. El Centro de salud proporciona una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes amamantados, así como a los grupos de apoyo locales.

Paso 7. Colaboración con la Comunidad: talleres de lactancia y grupos de apoyo locales. El Centro de Salud colabora y promueve el contacto de las madres del centro y de los profesionales con grupos de apoyo madre a madre y talleres de lactancia (31).

Los controles de salud o revisiones periódicas son el eje de la promoción de la lactancia materna. En ellos se supervisa el crecimiento y desarrollo, se administran las vacunas, se detectan y previenen enfermedades y se promociona la salud.

Dichos controles constituyen un espacio insustituible para crear una alianza terapéutica entre la madre y la enfermera de pediatría, a condición de que se realicen en condiciones adecuadas (sin prisas). Los controles de salud, son el lugar donde se hace posible, escuchar las dudas de las madres, reforzar las actitudes correctas y contrarrestar los mitos y las falsas creencias.

También se puede observar directamente como le da la madre el pecho, para asesorar si es preciso cambiar algo (32).

Aspectos legislativos en España sobre protección de la lactancia materna

El acceso de las mujeres a la educación y a la Universidad, ha posibilitado que éstas ocupen cargos y desempeñen tareas tradicionalmente adjudicadas a los hombres. Desgraciadamente, la incorporación de las mujeres al espacio público no ha ido acompañada en la misma proporción, que la de los hombres al espacio doméstico, en la mayoría de ocasiones, ya que, según la cultura patriarcal, las mujeres eran las únicas responsables de las tareas domésticas y del cuidado de personas dependientes, niñas, niños y personas mayores. El inmovilismo de esta situación ha supuesto, para muchas mujeres, llevar a cabo una doble o triple jornada con consecuencias negativas para su salud física y mental.

Muchas mujeres jóvenes han limitado su maternidad, y como resultado, el Estado Español posee uno de los índices de natalidad más bajos del mundo, situación harto preocupante para la buena marcha económica y social de cualquier país. Si se quiere conseguir una sociedad más sana, más justa e igualitaria, es necesario, un cambio de mentalidad respecto a la responsabilidad de las tareas domésticas, y, además, se hace imprescindible una política decidida del Estado y de las diferentes Comunidades Autónomas dirigidas a las mujeres y a las familias para poder conciliar vida laboral y familiar. (33).

Es interesante constatar las diferencias existentes entre los países que conforman la Comunidad Europea respecto a medidas de conciliación. Esto, servirá de modelo y guía para reivindicar las acciones concretas que debe llevarse a término para poder favorecer la conciliación entre vida familiar y laboral.

En relación, a los permisos de maternidad, decir que en países como Suecia y Noruega, éste es de cincuenta y seis semanas, en Alemania, de treinta y dos semanas, en Italia, de veinte cinco semanas, en Portugal, de diecisiete semanas, en Dinamarca, de veinte y cuatro semanas. Y en relación, a los permisos de lactancia, en países como Italia, las madres tienen dos horas al día pudiendo ambas acumularse, hasta que la criatura tenga

un año, en Grecia, en el sector público, la duración es de dos horas para menores de dos años y una hora para menores entre dos y cuatro años y en el sector privado, es de una hora. En cambio, los países nórdicos no tienen regulado éste permiso por contar con permisos de maternidad y paternidad mucho más largos.

A nivel mundial existe un intento de globalización económica, cuando lo que se debería globalizar son los derechos humanos.

El Estado español, inmerso de lleno en Europa, con una Constitución común en perspectiva, debe equipararse con el resto de países europeos en derechos sociales y en todas aquellas acciones positivas encaminadas a favorecer la conciliación de la vida familiar y profesional de mujeres y hombres (34).

El actual permiso de maternidad en España, establece que la mujer tiene derecho a dieciséis semanas con la remuneración laboral, pudiéndose incrementar en dos semanas, en caso de parto múltiple, por cada hijo a partir del segundo. Y en el caso, del permiso de lactancia, la madre tiene 1 hora al día, hasta que el niño tenga 9 meses, o bien, acumularla y prolongar el permiso de maternidad en dos semanas más.

Un estudio muestra que la duración de lactancia en mujeres trabajadoras es menor. Esta menor duración de la lactancia, está principalmente relacionada con el número de horas de trabajo semanales, los trabajos a turnos, la ausencia de la madre en casa (durante periodos mayores de 8 horas) y la fatiga (que es un factor que se ha relacionado con una disminución de la producción de leche, considerándose como el factor externo más perjudicial para la producción de ésta). Por el contrario, el trabajo a tiempo parcial, menor número de horas continuadas alejadas de sus bebés, horarios flexibles y las facilidades para que la madre pueda extraer y conservar su leche en las mejores condiciones, se relacionan con una mayor duración de la lactancia (35).

No obstante, compaginar el dar el pecho y trabajar fuera de casa parece difícil pero, en Noruega eso es posible y gracias a ello este país nórdico ha sido declarado “el mejor país para ser madre” en 2010, según el informe sobre “El estado de las mujeres en el mundo”, realizado por la Fundación SaveTheChildren

Eficiencia y velocidad a la hora de educar y cuidar a los hijos son herramientas imprescindibles para las madres noruegas, que sacan buena nota en casi todos temas relacionados a la maternidad, desde las 56 semanas que dura el permiso de maternidad, la esperanza de vida femenina que alcanza los 83 años, la poca diferencia de ingresos entre hombres y mujeres, la baja mortalidad infantil y la elevada tasa de fecundidad, hasta un buen sistema educacional y sanitario para cuidar de los hijos. (36)

La incorporación de la mujer al trabajo, el permiso para el padre y la igualdad de género son medidas que hacen posible una maternidad sana en Noruega. La mujer trabajadora cuenta con una semana estándar de 37,5 horas, sus vacaciones son de cinco semanas al año, tienen 20 días de baja sin justificar por enfermedad de los hijos. Además, las familias reciben unos 120 euros mensuales por cada hijo que tenga, hasta los 18 años. No es para menos que la tasa de natalidad se ha incrementado en los últimos años.

Pero en España, la legislación actual es insuficiente para cubrir todas las necesidades reales de la lactancia materna y no recoge información básica relacionada con las adaptaciones arquitectónicas y tecnológicas en el ámbito de trabajo y flexibilidad de horarios (37).

Tras revisar la legislación española y compararla con la de otros países europeos, queda patente que son muchas las propuestas factibles que se pueden llevar a cabo en las empresas para promocionar la lactancia materna después de la reinserción laboral, pero requieren una mayor conciencia social y una legislación apropiada junto con la implicación de los directivos responsables de los puestos de trabajo (38-39)

Modelo enfermero relacionado con la Lactancia Materna

Los mensajes utilizados sobre los beneficios de la lactancia materna deben ser coherentes y fundamentados en evidencias científicas con el objetivo de crear una opinión formada y favorable al amamantamiento, el posicionamiento claro de la institución y de todos los profesionales que les atienden a favor de la alimentación y su total disposición para ayudarles a resolver cuantas dificultades se planteen, es también fundamental para lograr la tranquilidad y el compromiso de los padres con la alimentación natural.

El compromiso del hospital con la promoción y apoyo a la lactancia materna debería plasmarse, entre otras cosas, en corregir las deficiencias, que dificultan enormemente el adiestramiento de las madres y, por lo tanto, el éxito de la lactancia. Sería deseable que la selección del personal asignado a la maternidad tuviera en cuenta este aspecto curricular, y que se potenciara la figura de las consejeras en lactancia con formación reglada en técnicas de lactancia según la OMS, las cuales podrían ocupar su tiempo laboral completo a dar el apoyo necesario a las madres lactantes, y serían al mismo tiempo las responsables, de la formación teórico-práctica y en cascada del personal de enfermería.

El papel que tiene el pediatra en el inicio y mantenimiento de la lactancia es de singular importancia, y sin embargo sus conocimientos sobre las técnicas de apoyo a la madre que lacta son en general muy limitados.

Parece razonable, por lo tanto, hacer un llamamiento formal a las autoridades académicas para que se comprometan con la lactancia materna hasta conseguir que el conocimiento de los aspectos teóricos y prácticos de la misma se adquiriera en las facultades de medicina, y posteriormente los residentes de pediatría y obstetricia lo completen durante el período de formación MIR con un curso obligatorio en técnicas de promoción y apoyo a la lactancia, según el modelo de 20 horas de OMS (40-41)

La información a la sociedad sobre los beneficios que la lactancia natural tiene para la salud de las madres y los niños debería iniciarse en la edad escolar como un aspecto importante de la educación básica en salud.

El cambio cultural, necesario para la recuperación de la práctica del amamantamiento, será muy difícil que se produzca si la promoción de la LM se retrasa hasta el embarazo e incluso al puerperio (42-43).

Discusión

Aún demostrándose científicamente que la leche materna es más beneficiosa que la leche artificial, son éstas las que en su mayoría se siguen utilizando (44). De esta manera, la lactancia materna se ve afectada como método alimenticio exclusivo. Como se ha mencionado, en los años noventa, la OMS y UNICEF, declararon mediante 10 pasos a seguir, la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) que incentivó la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. En el 2002 se sumaron los Centros de Salud a esta iniciativa, denominándose Iniciativa Centro de Salud de los Niños (ICSAN), cuya política se centra en adoptar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

En la actualidad, en España hay acreditados diecisiete Hospitales IHAN, y otros once hospitales están en proceso de cambio. Esto supone el 3,1% del total de hospitales y maternidades en España (45).

Pero, dentro de las principales dificultades que surgen en el establecimiento de esta política se encuentran, según lo analizado en el Marco Teórico, las siguientes:

- 1.-Inexistencia de un protocolo de la lactancia para el equipo de salud.
- 2.-Promoción sistemática de sucedáneos lácteos, biberones, tetinas, y pezoneras.
- 3.-Inexistencia de contacto madre-hijo tras el parto/cesárea, que dificulta iniciar la lactancia en la primera hora de vida.
- 4.-Falta de profesionales cualificados para enseñar la práctica correcta de la lactancia.

Un estudio llevado a cabo por Romagosa et al., que pretendía determinar la prevalencia de lactancia materna y la influencia sobre ésta de factores socio sanitarios y culturales en una zona básica de Atención Primaria del ámbito urbano de Madrid, determinó que la duración media es de 3,2 meses, por debajo incluso de la baja maternal (46). Según un informe de la OMS, en la actualidad, no más del 35% de los lactantes de todo el mundo reciben exclusivamente lactancia materna durante los cuatro primeros meses de vida, esto también puede verse influido debido a:

Factores sociosanitarios: Las madres que dieron a luz en la sanidad pública, tuvieron un parto eutócico, con edad gestacional a término y recibieron preparación sobre la lactancia materna, dieron lactancia materna en un alto porcentaje frente a las madres que tuvieron sus partos en la sanidad privada, cesárea, edad gestacional pré-término, etc.

Factores socioculturales: Las mujeres primíparas, con estudios primarios y nivel económico bajo, los índices de lactancia materna fueron más altos, frente a las múltiparas con estudios universitarios y nivel económico alto (47).

Con lo cual se llega a la conclusión, de que es necesario hacer más educación sanitaria orientada al mantenimiento en el tiempo de la lactancia materna en la consulta de pediatría médico-enfermera. Sin embargo, otro estudio consultado, realizado por Wallace llega a la conclusión de que un programa ampliado de atención postparto por parte de una matrona no aumenta la lactancia hasta los 6 meses.

Es necesario investigar las causas por las que las madres dejan de dar el pecho antes de tiempo y por qué éstas lo tribuyen a una producción insuficiente de leche y a que el niño no se calma. Existe evidencia de que las intervenciones educativas llevadas a cabo por profesionales fracasan a la hora de prolongar la duración de la lactancia materna. Otros autores, plantean que dentro de los factores que han influido en la declinación de la lactancia materna se encuentran, por un lado, la incorporación de la madre al trabajo y la incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, y por otro, la desinformación del personal de la salud con respecto al tema y las prácticas hospitalarias que promueven tanto el distanciamiento madre-hijo/a inmediatamente después del parto, como el suministro de diversos líquidos como alimento inicial para los/as niños/as (48). Coincidiendo en cierta medida con algunos de los factores planteados anteriormente, en un estudio para identificar cuándo se incorporan fórmulas lácteas en la alimentación de niños/as menores de seis meses, se cita a Furzan et al., quienes identificaron ocho factores predictivos de la posibilidad de introducir fórmulas precozmente en la alimentación de los/as niños/as y que por lo tanto interfieren con las prácticas de LME. Estos factores fueron: la primiparidad, falta de control prenatal, parto por cesárea, decisión postnatal de amamantar, primer contacto con el/la niño/a después de doce horas, primera toma al pecho materno después de doce horas, alimentación con horario fijo y uso de fórmulas en el hospital (49).

Hay evidencias de que muchas mujeres dejan de amamantar a causa de otros factores, bien sean médicos, familiares o del entorno social, con lo cual no resulta sorprendente que en un ensayo controlado y aleatorio en el que Forster y McLachlan (2006), basaron su estudio, señala que dos intervenciones educativas prenatales dirigidas a mujeres, no consiguieron la iniciación, duración o exclusividad de la lactancia materna en comparación con la atención habitual. Los autores concluyen que existen numerosos

factores complejos que influyen en el amamantamiento y que se han de tener en cuenta a la hora de diseñar y evaluar intervenciones para promocionar la LM (50).

Otro estudio llevado a cabo en nuestro país, en el Hospital Universitario “Ciudad de Jaén”, determinó que la prevalencia de LM exclusiva a los cuatro meses está por encima de la publicada en un estudio que encargó a la administración andaluza en el año 2005. Martínez encontró, que la media de edad es menor entre las madres que abandonan la lactancia que las que se mantienen lactando, en los resultados, el riesgo de abandono en función de la edad no fue significativo. Tampoco se puede establecer un perfil socio-cultural de las madres que lactan, ya que tanto el nivel de estudios, como el nivel de ingresos, el estado civil y la profesión no fueron estadísticamente significativos, si bien las madres que carecen de algún tipo de estudios abandonan antes la lactancia materna (80%20%), como se señala en otras investigaciones, al igual que las que perciben unos ingresos mensuales inferiores o iguales a 1500 euros.

De los resultados se desprende que la inmensa mayoría de las madres (95,9%) conocen el beneficio de la lactancia materna para el recién nacido; igualmente, la gran parte de ellas (96,2%) empiezan a dar lactancia materna en los primeros momentos y la totalidad está convencida de querer amamantar a su niño antes del parto y, aún así, más del 60% abandonan la LM exclusiva antes de los cuatro meses.

El tener un embarazo con un curso normal sin ninguna alteración, ser un embarazo deseado, el haber realizado educación maternal tampoco parece tener relación significativa con la duración de la LM (51).

Para Estévez González (2002), los motivos por los que la madre abandona la lactancia materna son, en primer lugar, la falta de producción suficiente de leche, seguido del rechazo del niño a la LM, en tercer lugar por enfermedad del niño, en cuarto lugar lo ocupa la creencia de la madre, de que el pequeño se queda con hambre, así como diferentes alteraciones de las mamas de las mujeres, lo que coincide ampliamente con los resultados del estudio (52). La vía del parto, el tipo de anestesia empleada, el haber acudido a las visitas prenatales, haber realizado educación maternal, el grado de satisfacción con la atención recibida en el parto, el apgar al minuto y a los cinco minutos y el peso en el momento del nacimiento, no influyen en el amamantamiento de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, tener un parto de inicio inducido frente al parto de inicio espontáneo conlleva cinco veces más riesgo de no mantener la lactancia materna única (53).

En lo que coinciden la mayoría de los estudios, es que la percepción de la madre, de no tener leche suficiente, es un factor determinante para el abandono de la LM. Cuando una madre dice “que no tiene leche suficiente”, es necesario por parte de la matrona o la enfermera la elaboración junto con la madre de un plan de actuación, donde se descarten una serie de factores asociados como los relacionados con la lactancia (retraso en la primera hora, tomas infrecuentes, no tomas nocturnas, tomas cortas, mal agarre en el pecho, biberones, tomas complementarias, etc.), los factores psicológicos de la madre (pérdida de confianza, preocupación, estrés, rechazo del niño, etc.), factores relacionados con el estado físico de la madre (embarazo, alcohol, tabaco, problemas en el parto, valoración de la mama, etc.) y factores relacionados con el estado del niño (enfermedad o malformaciones). Una vez detectado el problema se ha de establecer un plan de asesoramiento donde se instruya a la madre, sobre las medidas a seguir en su caso. Hay que reforzar la confianza de la madre, explicar cómo deben ser las tomas (posición correcta del niño, cuantas debe hacer, como, etc.), también como estar segura de que su bebe está tomando la cantidad suficiente de leche, con el peso que debe ganar, control de deposiciones, etc.

Para Herrera (2009), hay “cuidados en el recién nacido”, mencionados anteriormente, que se practican en algunos hospitales, que son inoportunos para la vinculación madre-bebé y el inicio de la lactancia materna.

En relación, a los factores asociados al abandono de la LM, resulta curioso que Esteve González (2002), no encuentre una asociación significativa entre la madre que trabaja y el abandono de la lactancia materna (54-55). Esto no ocurre con otros estudios realizados donde se dice que la inserción laboral de la mujer una vez finalizado el periodo de descanso postnatal, constituye una de las causas de mayor incidencia en la introducción precoz de la alimentación complementaria al niño (56-57); la enfermería tiene una responsabilidad importante en la ayuda a las madres, ya que mediante el ejercicio de actividades o pautas, pueden proporcionar y guiar a las madres para una lactancia satisfactoria. Se recogen las principales conclusiones de los estudios de los autores en la tabla 1.

La incorporación de la madre al trabajo, es uno de los factores determinantes para el abandono de la LM, ya que las adaptaciones sociales, físicas y legislativas en el entorno laboral no facilitan la conciliación de la vida laboral y la crianza natural; y, aunque existen diversos tipos de estrategias en el lugar de trabajo para apoyar la promoción de la LM entre las que se encuentran permisos de maternidad, actividades de trabajo flexibles, recesos para lactancia e instalaciones físicas que favorecen la extracción y conservación de la leche materna, no todas las madres tiene acceso a éstas en su lugar de trabajo. No obstante, la legislación española regula permisos de lactancia, excedencias y reconoce los factores de riesgo relacionados con la lactancia natural. El problema, es que la legislación actual es insuficiente para cubrir todas las necesidades reales de la LM y no recoge información básica relacionada con las adaptaciones arquitectónicas y tecnológicas en el ámbito de trabajo y flexibilidad de horarios. Son muchas las propuestas factibles que se pueden llevar a cabo en las empresas para promocionar la LM después de la reinserción laboral, pero requieren una mayor conciencia social y una legislación apropiada junto con la implicación de directivos responsables de los puestos de trabajo (58). La incorporación de la mujer al trabajo, el permiso para el padre y la igualdad de género son medidas que hacen posible una maternidad sana en otros países, ojalá algún día también sea posible en el nuestro.

También, parece importante mencionar que durante el embarazo, parto y puerperio los padres son los grandes olvidados. Muchos hombres creen de manera errónea que la lactancia está dirigidamente confinada a las mujeres y los niños, ven su rol como pasivo y consideran que no tiene importancia en esta etapa. El comprender la importancia de su rol como padres en el primer paso para ayudar a su pareja en este proceso ya que ciertos autores, afirman que los padres tiene gran influencia sobre la decisión de iniciar y/o mantener la lactancia asegurando el éxito de la misma.

Tabla 1. Principales conclusiones sobre la lactancia materna

Autores	Referencia	Metodología	Principales resultados
Furzan	Factores relacionados con la conducta materna ante la lactancia materna y artificial	Estudio descriptivo sobre 140 madres seguidas durante 4 meses postparto	Abandono de la lactancia materna por insuficiente producción de leche y madres trabajadoras
Estévez González	Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna	Estudio prospectivo de 545 madres hasta los 6	Abandono de la lactancia materna por falta de producción de leche, enfermedad del niño o

		meses postparto	rechazo de éste. El abandono a largo plazo suelen ser motivos personales de la madre
Wallace	Un programa ampliado de atención postparto por parte de una matrona no aumenta la lactancia materna	Estudio controlado y aleatorio de 50 madres	La educación sanitaria orientada al mantenimiento en el tiempo de la lactancia materna no aumenta la lactancia materna hasta los 6 meses.
Forster y McLachlan	Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de promoción de la salud	Ensayo controlado y aleatorio	Las intervenciones educativas prenatales realizadas dirigidas a mujeres no consiguen el inicio, mantenimiento o exclusividad de la lactancia materna en comparación a la habitual.

Del resultado de los estudios, se desprende que los padres son importantes en la decisión de amamantar e influyen en la duración de este periodo. Se ha demostrado que están poco informados acerca de las ventajas de la lactancia y sus falsas creencias acerca del proceso pueden ejercer una influencia negativa de la lactancia. Se ha demostrado que la enseñanza que la matrona o enfermera, puede aportar al padre sobre cómo resolver y manejar las dificultades que surgen, está relacionada con altas tasas de lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses (59). Sin embargo, para Estévez González(2002), el apoyo de la pareja y familiares en la decisión de amamantar, con el que cuenta la mayoría de las mujeres, no parece ser un factor asociado a la permanencia de la LM, muy al contrario de lo que dicen otros estudios.

Hay que tener en cuenta, que las investigaciones en LM son un aspecto imprescindible para dar soporte y evaluar la protección, promoción y apoyo de la LM y se ha definido en la actualidad como la prioridad en Europa debido a las importantes implicaciones adversas sanitarias y sociales que derivan de los bajos índices y el abandono precoz de la lactancia. Dentro de la promoción de la LM, la investigación es una de las áreas definidas como prioritarias.

Se realizó un estudio en Murcia llamado “Malama”, donde se hizo un seguimiento a mil parejas madre-hijo desde el nacimiento hasta los 2 años, dónde la duración media de la LM fue de 63 días y el riesgo relativo (RR), fue ser madre fumadora, mayor de 35 años y parto con cesárea. Con estos resultados los programas de protección-promoción de la LM deberían aumentar la investigación y la formación en LM (60).

No obstante, la efectividad de las intervenciones de educación sanitaria en temas de lactancia materna deben evaluarse en los diversos países y contextos, y aportar detalles completos acerca del contenido de la educación impartida, las personas a cargo de impartirla y, el entrenamiento y la experiencia de estas personas; por todo ello, la formación en LM es esencial para conseguir una instauración y mantenimiento de la misma (61).

Recientemente, la revista *Times* publicó una imagen que hace alusión a los límites de la lactancia. La foto es de una mujer amamantando a un niño de tres años, con el siguiente título: “¿Eres suficientemente madre?”. El artículo habla sobre la crianza de los hijos y hace hincapié en la teoría del apego llevada a l extremo: es el niño quien decide hasta qué edad tomar el pecho ya que amamantar es un “hecho natural”. A pesar de la controversia que pueda provocar, son muchos los niños que maman más allá del año.

Cuando la madre permite que el niño mame hasta que supere su necesidad de amamantamiento, la madre se encuentra con fuertes críticas de la sociedad.

Para algunos profesionales sanitarios, esta situación crea una “simbiosis patológica” y señalan que una madre que da pecho a su hijo después del año y medio se equivoca, ya que a esa edad el niño ya camina, habla, necesita que el papá o un tercero, rompa la relación simbiótica madre e hijo para así empezar a tener contacto con el mundo externo. Un niño que sigue tomando pecho piensa en su mamá todo el tiempo. Son niños a los que, por un lado se les exige cierta independencia, y por el otro se les atrapa. Lo que pretende el artículo es provocar y, el título: ¿Eres suficientemente madre?, busca una llamada de atención. Parece que las madres que practican este tipo de crianza son mejores, de las que, porque no pueden dar el pecho, o porque no quieren, son tildadas de “malas madres”. Esto parece un grave error y, una tremenda falta de respeto. La mamá de la portada es de las que piensan, que se debería criar a los hijos de manera que se sintieran cómodas y tranquilas y, sin tener que lidiar con las presiones sociales. Parece que se ha creado una especie de guerra entre la crianza con apego y la crianza más convencional y, eso debería evitarse porque lo importante es alentar y animar a los otros padres, independientemente de sus elecciones (62).

Conclusiones

La LM proporciona al bebé el mejor alimento que puede recibir durante los primeros meses de vida. Los diferentes estudios e investigaciones realizadas en los últimos tiempos han aportado abundantes evidencias de las múltiples dimensiones beneficiosas de la LM en la madre y en el niño.

1. En cuanto a los factores relacionados con el amamantamiento, la prevalencia de la LM en madres con trabajo remunerado sigue siendo inferior que en caso de las madres que trabajan en el hogar. Las madres con estudios primarios aumentaron las cifras de LM, respecto a las que tenían estudios universitarios.

Las madres que dieron a luz en la sanidad pública elevaron la LM, respecto a las que lo hicieron en la sanidad privada; destacar que las mujeres que recibieron información sobre la LM en la maternidad, dieron LM en un alto porcentaje, respecto a las que no la recibieron.

2. En España, la legislación actual es insuficiente para cubrir todas las necesidades reales de la lactancia materna y no recoge información básica relacionada con las adaptaciones arquitectónicas y tecnológicas en el ámbito de trabajo y flexibilidad de horarios. Son muchas las propuestas factibles que se pueden llevar cabo en las empresas para promocionar la lactancia materna después de la reinserción laboral, pero requieren una mayor conciencia social y una legislación apropiada junto con directivos responsables de los puestos de trabajo.

El papel especial de los servicios de maternidad en la protección, promoción y apoyo a la LM, nos obliga a todos los implicados (médicos, matronas, enfermería y administración) a realizar en las 48 horas que las madres permanecen en el hospital un gran esfuerzo de instrucción y apoyo a las que hayan decidido lactar, que les permita iniciar con confianza y seguridad la irreplicable experiencia de alimentar a su hijo y lograr una feliz y prolongada lactancia.

Bibliografía

1. Barriuso L. Barreras para la alimentación natural. ¿Dónde está el problema? Tenemos la solución. En: V Congreso Español de Lactancia Materna. Murcia; Conserjería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia; 2009.p.156-157.
2. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales EspPediatr.* 2002.
3. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *GacSanit.* 2002; 15(2):104-10. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf.
4. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño; Informe de la secretaria. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. 2001; Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/sa547.pdf.
5. WHO. Nutrition data bank, global data bank on breastfeeding. [Internet]. 2003. Disponible en: http://www.who.int/nut/db_bfd.htm.
6. Centro de Investigación en Cáncer MaesHeller. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1994/1997. Lima: INEN; 2004.
7. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadística: Perfil Epidemiológico. Lima: INEN; 2006. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>.
8. Consejería de salud de la junta de Andalucía. La lactancia materna en Andalucía. Resultados del Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Junta de Andalucía. Sevilla: Consejería de salud 2005. Disponible en: <http://juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=saludcontenidosciudadanolactanciaLactancia.pdf>.
9. Prendes Labrada MC, Vivanco del Río M, Gutiérrez González RM, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen*;1999;15(4): 397-402. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000400009&lng=es.
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008; Issue 1. Chischester,Uk: jonthwiley&Sons, Ltd.).
11. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *AnEspPediatr* 2002; 56: 144-150.
12. González I, Pileta B. Lactancia Materna. *Rev. Cubana Enfermer* 2002;18(1):15-22. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol180102/enf03102.pdf>.
13. Muñoz H. Lactancia natural. *Neonatología*. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. 2001; 100-107. Disponible en: <http://www.rdelinica.cl/html/archivos/14.pdf>.
14. González, Cerda R, Roblado S, Valdovinos J, Vargas J, Said S. La consejería en la lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva. *Gac.Méd. Méx.*2005. 141(2): 34-39.
15. Setty V. Populationreports. Mejor lactancia, vidas más sanas. Series L14 Baltimore Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The info Project 2006.

- Disponible en: <http://www.Populationreports.org/prs/sl14/>.
16. KostkaFulhan J. Alimentación con leche materna. Manual de Nutrición Pediátrica. Intersistemas SA de CV; 2001; (2): 86-105.
 17. Pipes P L. Nutrición en la infancia. Mahan K L, Arlin M T, Krause nutrición y dietoterapia 8ª. México D.F: Interamericana Mc; 1996: 2-23.
 18. Fernández N, Ávalos S. ¿Ayuda a la lactancia Materna a prevenir la obesidad infantil? Metas de Enferm nov 2009;12(9):27-31.
 19. Pallás C. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Promoción de la lactancia materna. Disponible en: <http://www.Aep.org/previnfad/pdfs/previnfadlactancia.Pdf>.
 20. Coronel C, Hernández F, Martín M. Lactancia Materna en el primer semestre y la salud de los niños en el primer año de vida. Rev. Méx. Pediatría. 2004; 71(5):217-221.
 21. López P, Arevalo B, Carrero R, Martínez J, Lorente MT, Rodríguez MA. La lactancia natural o materna: Conceptos básicos y trascendencia actual. Rev. Med General 2000; 23:360-369. Disponible en: <http://www.semg.es/revista/abril2000/360-369.pdf>.
 22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Formación de Especialistas. Pediatría y sus Áreas Específicas. AnEspPediatr1997 ; 46:95-9. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr//lactancia/CNLM_guia_de_lactancia.
 23. Villalta MA, Fuentes N, Pastrana J, Vallejo R, Godino R, Martín R, et al. Conocimientos sobre lactancia materna del personal sanitario en distintos centros de atención primaria y especializada en España. En: Libro de ponencias: IV Congreso Español de Lactancia Materna. 2006. Tenerife; p. 113-114.
 24. OMS. Pruebas Científicas de los diez pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. OMS. Ginebra; 1998.
 25. Martín Calama J. Situación de la IHAN en el mundo y en España. Pasado, presente y futuro. En: V Congreso Español de Lactancia Materna. Murcia. 2009; p. 149.
 26. OMS. Oficina Regional para Europa. Unidad Nutricional. Módulos de preparación IHAN. Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de los Niños. Curso de 18 horas para el personal de la maternidad. Geneve: WHO, 1992.
 27. Hernández MT. Iniciativa centro de salud amigos de la madre y el niño (ICSAMN). En: V Congreso Español de Lactancia Materna. Murcia; Conserjería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia; 2009.p.169.
 28. Estévez González MD, Martell Cebrián D Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. AnEspPediatr 2002; 56: 144-150. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu./revistas/enf/vol180102/enf03102.pdf>.
 29. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a national Level? Pediatrics 2005; 116(5): 702-708.
 30. Peñuelas Carcavilla MC, Enjuto Gutiérrez B, Cruz Argudo J, Peñuelas Carcavilla R. Prevalencia de la Lactancia materna en Atención Primaria e influencia de factores sociosanitarios y culturales. Metas de Enfermsep 2008; 11(7): 14-17.
 31. Hernández MT. Iniciativa centros de salud amigos de la madre y el niño (ICSAMN). En: V Congreso Español de Lactancia Materna. Murcia; Conserjería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia; 2009. p. 140.
 32. Gutiérrez A, Barbosa D, González R, Martínez O. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna. Rev. CubanaEnferm. 2001; 17(1): 42-46.
 33. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008, núm. 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:

- [software.com](http://www.software.com) (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
34. Cardona A. Estudio comparativo sobre conciliación de vida familiar y laboral en diferentes Comunidades Autónomas. 2005; Disponible en: <http://www.stes.es/comunicacion/clarion/clarion12/EC1214151617.pdf>.
35. Información complementaria al documento “Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural”. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2010.
36. Aizpuru Galdeano P. Efectos de la lactancia materna sobre la salud de las madres y de los lactantes en países desarrollados. EvidPediatr. 2008;4:45. Traducción autorizada de: Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed Countries University of York. Centre of Reviews and Dissemination (CRD). Database of Abstracts of Review of Effects. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=32007096>.
37. Medina V. La maternidad noruega logra un sobresaliente. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/blog/896/la-maternidd-en-noruega-logra-unsobresaliente.html>.
38. Prendes Labrada Marianela de la C, Vivanco del Río Mirta, Guitiérrez González Rita Maria, Guibert Reyes Wilfredo. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev. Cubana Med Gen Integr Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&=S086421251999000400009&Ing=es>.
39. Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Disponible en: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/basesdatos/act.pht?id=BOE-A-20122076&p=20120211&tn=1#dfprimera>.
40. OMS-UNICEF. La Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia materna. El papel especial de los servicios de maternidad. (Una declaración conjunta de la OMS y UNICEF). Ginebra, 1989.
41. OMS. Oficina Regional para Europa. Unidad Nutricional. Módulos de preparación IHAN. Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos de los Niños. Curso de 18 horas para el personal de la maternidad. Geneve: WHO, 1992.
42. OMS (Salud familiar y reproductiva. División de salud y desarrollo del niño). Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural.WHO/CHD/98.9. Ginebra, 1998.
43. Wight N. Asistencia en problemas frecuentes de lactancia materna. PediatrClin North Am (edesp) 2001; 2:319-344. Disponible en: www.ministeriodesalud.go.cr//lactancia/CNLM_guia_de_lactancia.
44. Tome y Marine A. Modelos y teorías en enfermería. 4ª Ed. España: Harcourt; 2000.
45. Stanley IS, et al. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality’s evidence report n breastfeeding in developed countries. BreastfeedMed 2009;4 (Suppl 1): S17-S30.
46. Documento IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, Estudios e Investigaciones 2011. Ministro de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadesns/pdf/equidad/IHAN.pdf>.
47. OMS. Pruebas Científicas de los diez pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. OMS. Ginebra; 1998.
48. Rogamosa C, et al. Lactancia materna. Condicionantes. Rol Enferm 2003; 26(5):7376.
49. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del

- lactante y del niño pequeño. Nueva York: OMS; 2004.
50. Wallace M.L. Ensayo controlado y aleatorio: un programa ampliado de atención postparto por parte de una matrona no aumenta la lactancia materna hasta los 6 meses en comparación con la atención postparto estándar. *EvidBasedNurs*. 2010; 13:86-87.
51. Rojas A, Lactancia Materna y factores sociales. *CorrMedCientHold*. 2000; (4):1:666.
52. Ramirez M, Noya J, Guzman C. Inicio de fórmulas lácteas en el primer semestre de vida. *Rev. Fac. Med*. 2001; 24(2):151-156.
53. McFadden A. Cohorte: muchos son los factores que determinan que una mujer continúe amamantando: para las madres es importante saber que la lactancia materna es buena para su hijo, pero amamantar en público sigue siendo una experiencia negativa para algunas. *EvidBasedNurs* 2010; 13: 93-94.
54. Martínez JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enferm*. 2010; 13(6): 61-67.
55. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales EspPediatr*. 2002; 56(2):144-50.
56. Herrera B. Aspectos Neonatales. En: V Congreso Español de Lactancia Materna. Murcia; Conserjería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia; 2009.p.69-73.
57. Información complementaria al documento "Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural". Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2010.
58. Abdulwadud OA, Snow ME. Intervenciones en el lugar de trabajo para apoyar la lactancia materna en las mujeres que trabajan (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008, núm. 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
59. Salvadó Hernández MC, Hernández Fabá E, Guerrero Cabana E, Florido Argueta M, Soler Castillo A et al. Intervención educativa grupal sobre cuidados neonatales a futuros padres. *Metas de Enferm*. 2013; 15(3): 20-25.
60. Ortega J.A. Proyecto Malama en la Región de Murcia (España): Medio Ambiente y Lactancia Materna. *AnPediatr (Barc)*.2008; 68(5):447-453.
61. Dyson L, McComick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cocharane plus, 2008, núm. 1, Oxford: Update Software Ltd. URL disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cocharane Library, 2008 Issue 1. Chischester, UK: John Wiley & sons, Ltd.).
62. Pickert K. Are you mom enough? *Time*. 2012.